

様式第1号（第5条関係）

年 月 日

（宛先） 玉村町長

（申請者） 住 所  
氏 名  
（連絡先 - - ）

玉村町陣痛時等タクシー利用者助成金申請書兼請求書

玉村町陣痛時等タクシー利用者助成金の交付を受けたいので、玉村町陣痛時等タクシー利用者助成金交付要綱第5条の規定により、関係書類を添えて下記のとおり申請します。また、交付決定後は、交付決定された助成金を下記の口座に振り込んでいただきますよう請求します。

記

タクシーを利用した日	年 月 日
タクシー会社名	
乗車した場所	・ 自宅 ・ その他（住所）
下車した場所	病 院 名 （ 住 所 ） （電話番号）
タクシー利用に要した費用	円
申 請 額	円

《振込先口座》	
金融機関名	支店名
区分 普通 ・ 当座	口座番号
名義人	